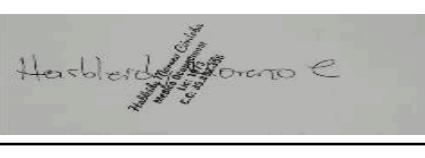
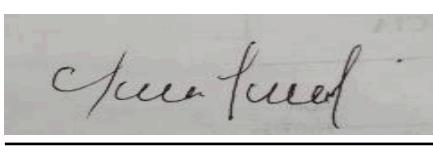




Nº 286

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL				
28 DÍA	04 MES	2021 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR PARA CONDUCTORES				
Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE								
TRANSPORTE PACIFICO S.A				TRANSPORTE PACIFICO S.A				
Nombre de la empresa				Empresa en misión				
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)								
HURTADO JIMENEZ LUIS FERNANDO				Genero	Edad	Documento de Identificación		
				MASCULINO	59 AÑOS 11 MESES 19 DÍAS	CC	3568654	
Apellidos y Nombres					Tipo	Número		
Cargo <b>CONDUCTOR</b>								
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>SIN RESTRICCIONES</b>								
Observaciones: <b>NO APLICA</b>								
N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA			
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>								
EVALUACIÓN OCUPACIONAL				✓	VISIOMETRÍA			✓
AUDIOMETRÍA				✓	-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES			
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR CONTROLES POR SU EPS PARA CONTROL DE LA PRESBICIA POR OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : REALIZARLAS CADA 2 HORAS DE 10 A 15 MINUTOS DURANTE LA JORNADA LABORAL CAPACITACIÓN			HABITOS SALUDABLES			
		OTROS : USO DE TAPA BOCA, DISTANCIAMIENTO SOCIAL, NO AGLOMERACIONES, LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS DURANTE LA JORNADA LABORAL			CONTROL DE PESO ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : 3 VECES A LA SEMANA DE 30 A 40 MINUTOS SEGUN CAPACIDAD FÍSICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA			
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>								
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>								
<b>Médico</b>				<b>Aspirante o Trabajador</b>				
 Firma:				 Firma:				
Nombre: MORENO CORDOBA HABLEIDY				Nombre: HURTADO JIMENEZ LUIS FERNANDO				
								

R. M.: 273129

L.S.O.: 1973

Código de Seguridad

CC:

3568654

**O867U1A286**